

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ ANTICIPATE PER I TRATTAMENTI SANITARI

**Al Comune di Canolo
Ufficio dello Stato Civile**

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Provincia _____

il _____ residente a _____ Provincia _____

in Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

nella mia piena capacità di intendere e di volere, affermo solennemente con questo documento, in previsione di una mia eventuale futura incapacità di autodeterminarmi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte, il mio diritto e la mia volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

☐ Non prevedo la nomina di alcun fiduciario;

☐ Prevedo la nomina di un fiduciario, maggiore di età e capace d'intendere e di volere, che s'impegna a garantire lo scrupoloso rispetto delle mie volontà, che faccia le mie veci e mi rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie ed a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento (D.A.T.);

☐ Prevedo la nomina di un fiduciario supplente, maggiore di età e capace d'intendere e di volere, incaricato di assolvere alla funzione del fiduciario qualora quest'ultimo si trovi nell'impossibilità di provvedere, a cui affido copia della presente dichiarazione anticipata di trattamento (D.A.T.);

☐ Pertanto nomino come mio fiduciario:

il/la Sig. Cognome _____ Nome _____

nato/a a _____ Provincia _____

il _____ residente a _____ Provincia _____

in Via/Piazza _____ n. _____

C.A.P. _____ Codice Fiscale _____

Telefono _____ Cellulare _____

E-mail _____

che accetta la nomina ed al/alla quale ho consegnato una copia della Dichiarazione Anticipata di Trattamento (D.A.T.).

☐ Nomino, altresì, mio fiduciario supplente:

che accetta la nomina ed al/alla quale ho consegnato una copia della Dichiarazione Anticipata di Trattamento (D.A.T.).

- di esprimere la seguente volontà in merito ai trattamenti sanitari:

[illegible]

- di essere a conoscenza che l'incarico di fiduciario potrà essere revocato in qualsiasi momento con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione;
- di essere a conoscenza che le DAT possono essere rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento;

- acconsento espressamente al trattamento dei miei dati al fine della attuazione della mia volontà contenuta nella presente dichiarazione ai sensi del D.lgs. 30 giugno 2003, n.196 (Codice in materia di protezione dei dati personali) ora GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati Personali) 2016/679;

RICHIEDO

che si provveda all'iscrizione della presente dichiarazione nel Registro apposito ed alla conservazione di una copia della presente dichiarazione presso l'Ufficio di Stato Civile del Comune di Canolo (RC).

ALTRESÌ

preso atto del contenuto dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali

☐ ACCONSENTO

☐ NEGO IL CONSENSO

affinché il Comune di Canolo (RC) provveda ad inviare copia informatica della presente D.A.T. alla Banca dati nazionale istituita presso il Ministero della salute con D.M. 10 dicembre 2019, n.168.

Canolo, lì _____

Firma intestatario

Firma fiduciario

Firma fiduciario supplente
